

PERSONNE CONCERNEE / BETROFFENE PERSON

Nom / Name			
Prénom / Vorname			
Nom de jeune fille / Mädchenname			
Lieu de vie habituel / gewöhnlicher Wohnort	N°	Rue / Straße	
	L-	Lieu / Ort	
Matricule / Versicherungsnummer			
Date et lieu de naissance / Geburtsdatum und Geburtsort			
Nationalité / Nationalität		Caisse de Maladie / Krankenkasse	
Téléphone / Telefon ☎		E-mail ✉	
Langue maternelle / Muttersprache			

PERSONNE DE CONTACT / KONTAKTPERSON

Nom / Name			
Prénom / Vorname			
Téléphone / Telefon ☎		E-mail ✉	
Adresse / Anschrift	N°	Rue / Straße	
	L-	Lieu / Ort	
Lien avec personne concernée / Verhältnis zur betroffenen Person	☐ Conjoint / Ehepartner ☐ Enfant / Kind ☐ Tuteur-Curateur / Vormund ☐ Assistante sociale / Sozialarbeiter ☐ Partenaire / Partner ☐ Parent / Elternteil ☐ Autre, à préciser _____		

PRISE EN CHARGE ACTUELLE / AKTUELLE BEHANDLUNGSSITUATION

☐ Hospitalisation (hôpital aigu / Akutklinik)	Nom de l'établissement / Name der Einrichtung	
	Service / Abteilung	
	Personne de contact / Kontaktperson	
	☎	
	✉	
☐ Réhabilitation psychiatrique stationnaire, semi-stationnaire ou ambulatoire / Stationäre psychiatrische Rehabilitation, teilstationär oder ambulant	☐ stationnaire / stationär hôpital de jour / Tagesklinik Rehaklinik SPAD	Nom de l'établissement / Name der Einrichtung
		Personne de contact / Kontaktperson
		☎
		✉

AUTRES RESEAUX IMPLIQUES / WEITERE BETEILIGTE NETZWERKE

☐ Services aides & soins à domicile / ambulante häusliche Pflegedienste	Nom de l'établissement / Name der Einrichtung	Personne de contact / Kontaktperson	
	Adresse		
	✉	☎	
☐ Asbl psychiatrie extrahospitalière / Asbl Außerklinische Psychiatrie	Nom de l'établissement / Name der Einrichtung	Personne de contact / Kontaktperson	
	Adresse		
	✉	☎	

MOTIF DE LA DEMANDE / GRUND DES ANTRAGS

ETAT DE SANTE ACTUEL / AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND

Diagnostics médicaux / Diagnostics actifs et psychiatriques Medizinische Diagnosen / Aktive, psychiatrische Diagnosen	Médicaments / aktuelle Medikamentenliste
Nom du Médecin psychiatre / Name des Psychiaters	
Nom du Médecin traitant / Name des Hausarztes	

A SIGNER S.V.P. / BITTE UNTERZEICHNEN

Une saisie et une communication rapide et systématique de vos données sont une condition préalable pour une prise en charge de bonne qualité. Afin de protéger votre vie privée, nous vous assurons que les documents et données qui se trouvent dans votre dossier et dans les systèmes électroniques de traitement des données sont traités de façon strictement confidentielle. Dans le cadre de votre prise en charge, il est nécessaire que les personnes suivantes aient accès à vos données: le personnel, le médecin traitant et selon les besoins, toute autre personne qualifiée et utile pour votre prise en charge. Les règlements internes seront réalisés selon les dispositions légales. Toutes les informations sont en outre protégées par le secret professionnel auquel sont liés tous les membres du personnel.

Le/la soussigné(e) _____ a pris connaissance de cette information et donne son accord pour l'utilisation des informations et données selon la réglementation susdite.

Eine schnelle und systematische Erfassung, Verarbeitung und Kommunikation von Ihren Daten ist eine Voraussetzung für eine bestmögliche Übernahme. Zum Schutz Ihrer Privatsphäre versichern wir Ihnen, dass wir die Dokumente und Daten, die sich in Ihrer Patientenakte und den elektronischen Datenverarbeitungssystemen befinden, streng vertraulich behandeln. Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es erforderlich, dass folgende Personen Zugang zu Ihren Daten haben: Ihr Hausarzt und nach Bedarf jede weitere für die Behandlung nötige, qualifizierte Person. Die internen Regelungen werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt. Alle Informationen sind zusätzlich durch das Berufsgeheimnis, an welches das gesamte Personal gebunden ist, geschützt.

Der/die Unterzeichnende(r) _____ hat diese Information zur Kenntnis genommen und gibt sein Einverständnis für die Nutzung der Informationen und Daten gemäß der oben genannten Regelungen.

(Date / Datum)

(Signature / Unterschrift)

A ENVOYER A / EINSCHICKEN AN :

ZithaUnit asbl – ZithaUnitRéseau 4-5 rue Burgkapp L-6211 CONSDORF
Tel: 26 453-1

email : zithaunitreseau@zitha.lu